

**Contribution à l'étude
des Kystes hydatiques du foie
ouverts dans les voies biliaires**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 12 Mai 1941

par

EUGÈNE VISNIKS

né le 15 Mai 1914 à Riga (Lettonie)

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ
(MENTION MÉDECINE)**

**EXAMINATEURS
DE LA THÈSE**

{ MM. MASSABUAU, Prof., *Président*.
E. ETIENNE, Prof.
A. GUIBAL, agr.
CADERAS DE KERLEAU, agr. }

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ
(PIERRE-ROUGE)

1941

Contribution à l'étude
des Kystes hydatiques du foie
ouverts dans les voies biliaires

**Contribution à l'étude
des Kystes hydatiques du foie
ouverts dans les voies biliaires**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 12 Mai 1941

par

EUGÈNE VISNIKS

né le 15 Mai 1914 à Riga (Lettonie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ
(MENTION MÉDECINE)

**EXAMINATEURS
DE LA THÈSE**

{ MM. MASSABUAU, Prof., *Président*.
E. ETIENNE, Prof.
A. GUIBAL, agr.
CADERAS DE KERLEAU, agr. }

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ
(PIERRE-ROUGE)

1941

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

PROFESSEURS

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	L. HÉDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	N...
Pathologie et thérapeutique générales	PAGÈS.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	RIMBAUD.
	GIRAUD.
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, assesseur.
	RICHE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, doyen.
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	
Clinique de dermatosyphiligraphie	BOUDET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MARGAROT.
Clinique des maladies des voies urinaires	ETIENNE.
Clinique gynécologique	JEANBRAU.
Clinique ophtalmologique	LAPEYRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique et maxilo-faciale	DÉJEAN.
Radiologie (ch. de c.)	TERRACOL.
Anatomie (ch. de c.)	LAMARQUE.
Histologie (ch. de c.)	LAUX.
Propédeutique chirurgicale (ch. de c.)	GRANEL.
	AIMES.

HONORARIAT

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TÉDENAT, FORGUE, ESTOR,
BERTIN-SANS, GALAVIELLE, BOSQ, VIRES, VILLARD, CABANNES,
GRYNFELT.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. MOURGUE-MOLINES. agr.
Médecine opératoire	ROUX, agrégé.
Chirurgie expérimentale	GUIBAL, agrégé.
Accouchements	CADÉRAS DE KERLEAU, ag
Clinique phthisiologique	VIDAL, professeur.
Clinique propédeutique médicale	P. RIMBAUD, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, professeur.
Stomatologie	Dr FERRIER, ch. de c.
Histoire naturelle médicale	HARANT, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

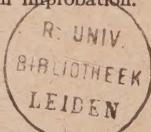
Médecine, MM. P. RIMBAUD.	Chirurgie	MM. MOURGUE-MOLINES.
BOUCOMONT.		GUIBAL.
BERT.		ROUX.
	Chimie	MONNIER.
Urologie, TRUC,	Bactériologie	CARRÈRE.
	Parasitologie	HARANT.
	Obstétrique	CADÉRAS DE KERLEAU.
	Histoire naturelle.	HARANT.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MASSABUAU, Prof., *Président*.
E. ETIENNE, Professeur.

MM. A. GUIBAL, Agrégé.
CADÉRAS DE KERLEAU, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*faible témoignage de ma profonde
affection.*

A MA FIANCÉE

avec toute ma tendresse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. BRUN ET MADAME

*Hommage de respectueuse affection
et de vive gratitude.*

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. GRIMONET
ET MADAME

*En remerciement de la grande bien-
veillance qu'ils ont bien voulu me té-
moigner.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. ESTACHY
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre

*Hommages respectueux et reconnais-
sance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. JOYEUX
Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Montpellier

*En témoignage de ma respectueuse
reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Montpellier

Officier de la Légion d'honneur,
Croix-de-Guerre,

*qui a bien voulu nous faire le grand
honneur de présider notre thèse.
Hommage respectueux.*

A MON JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

Professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'Orthopédie,
Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUIBAL

Chevalier de la Légion d'honneur,
Médaille Militaire - Croix de Guerre

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

CADERAS DE KERLEAU

INTRODUCTION

La rupture des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires n'est pas chose exceptionnelle. De multiples observations ont été publiées et cette complication de l'échinococcose hépatique a été l'objet de plusieurs études et rapports aux différentes sociétés de chirurgie. Cependant le diagnostic de cette rupture est parfois difficile à faire. Plus souvent encore ne se fait pas le diagnostic étiologique d'ictère par rétention qu'entraîne le passage d'hydatides dans la voie biliaire principale.

L'entente également n'est pas faite entre chirurgiens sur la conduite à tenir en face d'une telle éventualité, les uns proposant le drainage biliaire immédiat, la cholécotomie primordiale ; les autres s'adressant directement au kyste lui-même et pratiquant la kystostomie toujours ou à peu près suffisante pour DÉVÉ, dont les travaux sur l'échinococcose ont acquis une importance capitale dans l'évolution de son étude.

A l'occasion d'une observation particulièrement intéressante de rupture de kyste hydatique dans les voies biliaires, notre Maître, Monsieur le Professeur MASSABUAU, nous a fait l'honneur de nous donner notre sujet de thèse.

Nous n'avons pas l'intention de reprendre toute l'étude de l'échinococcose hépatique, nous désirons mettre au point les der-

nières notions sur la rupture des kystes hydatiques dans les voies biliaires et insister tout particulièrement sur deux points essentiels de cette complication : **le diagnostic et le traitement** ; c'est pourquoi nous rapportons détaillée l'observation inédite recueillie dans le service de Chirurgie générale du Professeur MASSABUAU ; dans un second chapitre nous placerons les données générales sur la rupture dans la voie biliaire principale des kystes hydatiques du foie. Nous tirerons dans le chapitre suivant les réflexions inspirées par notre observation et nous mettrons en conclusion les points principaux qui ressortent de toute cette étude.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION DU SERVICE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

B. J., 20 ans, employée d'usine à Lodève, sans antécédents pathologiques tant personnels que familiaux ou héréditaires, est hospitalisée le 4 juillet 1940 pour kyste hydatique probable du foie avec crise douloureuse abdominale. Quelques jours auparavant, le 1^{er} juillet vers 17 heures, assistant à un spectacle cinématographique, elle éprouve un malaise général avec tendance lipothymique et aussitôt après, vomit le repas du midi. Ce vomissement fut suivi de douleurs vives dans tout l'abdomen, qui persistèrent jusqu'au 3 juillet, date à laquelle la malade consulte son médecin qui trouve un gros foie et porte le diagnostic probable de kyste hydatique. Un léger ictère apparut, mais la malade ne se trouvant pas fébrile n'a pas pris sa température.

Dès son entrée à l'hôpital plusieurs crises douloureuses apparaîtront, plus ou moins aiguës, avec simultanément, poussées fébriles et accentuation de l'ictère qui présente tous les caractères de l'ictère par rétention.

Examen. — A l'entrée de la malade on note que l'abdomen respire bien, mais une légère voussure existe dans la région

sous-hépatique. La percussion dans cette zone est mate jusqu'à 4 travers de doigts au-dessous des fausses côtes. La palpation est à peine sensible, encore faut-il qu'elle soit un peu violente pour déclencher une faible douleur. Elle permet de percevoir une masse rénitente, relativement arrondie, plutôt fixée (cette fixation due, semble-t-il, à son volume qui est au moins celui d'une tête d'enfant). Cette masse lisse, très antérieure, se retrouve dans la fosse lombaire où elle a le « contact lombaire ». On ne la sépare nullement de la glande hépatique.

Le 10 juillet, l'ictère est très foncé avec prurit, les urines sont acajou et les matières « mastic ». La tuméfaction occupe tout l'hypocondre droit, elle a nettement augmenté de volume, descendant en dessous de l'ombilic, dans la fosse iliaque droite, gardant le contact lombaire. Elle se poursuit dans le creux épigastrique et même dans la moitié gauche de cette région. Elle est toujours peu mobile et peu douloureuse. Pas de splénomégalie, pas d'adénopathie, langue saburrale. La température qui était brutalement montée la veille à 40° est redescendue aussi brutalement ce jour au-dessous de 38°.

A partir du 11 juillet, la température remonte à 38°3 le soir, pour atteindre à nouveau 40° le 12 juillet et se maintient entre 39 et 40 jusqu'à l'intervention. Le 12 juillet l'examen abdominal montre que la tumeur a diminué de volume, elle n'atteint plus en bas que la ligne horizontale passant par l'ombilic. La malade ne souffre plus depuis deux jours, mais son ictère est très accusé et les matières sont très décolorées.

Résultats des différents examens de laboratoire.

Le 6 juillet : Urée du sérum : 0 gr. 23.

Urines : présence de pigments et de sels biliaires.

Bordet-Wassermann (sang) = négatif.

Réaction de Weinberg = négatif.

Formule sanguine :

Globules rouges	4.300.000
Globules blancs	14.200
Taux de l'hémoglobine	80 p. 100
Valeur globulaire	0,93

Polynucléaires neutrophiles	63 p. 100
— éosinophiles	13 p. 100
— basophiles	0
Grands mononucléaires	0
Lymphocytes	24 p. 100
L'intradermo-réaction de CASONI est négative.	

Le 9 juillet :

— épreuve du métabolisme de l'eau : injection dans le derme de 5/10^e de cm² de sérum physiologique. La boule d'œdème disparaît après une heure.

— épreuve de la *coagulabilité sanguine et de la fragilité vasculaire* :

- a) Temps de saignement : 5'.
- b) Temps de coagulation : 19'.
- c) Epreuve du Lacet : négative.

Le 10 juillet, l'épreuve de la glycosurie provoquée et l'épreuve du bleu de ROCH confirment l'insuffisance hépatique.

Le 12 juillet, un tubage duodénal permet de recueillir deux biles adressées au laboratoire pour recherches cytologiques et bactériologiques. On profite du tubage pour injecter dans le duodénum 10 cm³ de sulfate de magnésie. La malade n'éprouve aucune colique, mais 4 heures environ après le tubage, elle est prise d'un très violent frisson.

L'analyse cito-bactériologique de 2 biles a montré l'absence de pus et d'éléments anormaux de la bile.

Somme toute, devant la négativité des réactions de CASONI et de WEINBERG, le diagnostic de kyste hydatique resterait hésitant sans une éosinophilie à 13 p. 100 et surtout la constatation dans les selles et dans les vomissements des vésicules hydatiques.

Première intervention chirurgicale : le 15 juillet 1940.

Marsupialisation à la paroi abdominale antérieure du kyste hydatique.

Opérateur : Professeur MASSABUAU ; aide : Docteur JOYEUX.

Anesthésie générale à l'éther : Laparotomie médiane sus-ombi-

licale ; sur l'incision médiane sera branché une incision transversale.

Volumineux kyste (tête d'enfant) développé à la convexité du lobe droit du foie. Le lobe droit est refoulé en dehors et en haut. Le kyste contient 300 cm³ de liquide purulent et une membrane hydatique friable. Il est fixé à sa face postérieure au grand épiploon, au colon et antérieurement il est en contact étroit avec le pédicule hépatique et la vésicule biliaire qui est de petit volume.

Conduite opératoire : Après l'isolement du kyste du reste de la cavité péritonéale par un lit de grandes compresses, le kyste est ponctionné au trocart avec évacuation de 300 cm³ de liquide purulent. La formolisation de la poche kystique est obtenue par lavage au liquide formolé à 1 p. 100 laissé en place 3 minutes. Marsupialisation secondaire de la poche à la paroi abdominale antérieure. Deux drains en canon de fusil sont placés dans la poche. Le pus contient du pneumocoque.

Suites opératoires : Ecoulement abondant de pus mélangé quelques jours après l'intervention à de la bile. L'ictère par rétention disparaît immédiatement après l'intervention, par contre la fièvre persiste, la température de la malade s'étant maintenue entre 39 et 40°.

Le drainage de la partie profonde sous-diaphragmatique de la poche restait en effet incomplet, même en position ventrale.

Deuxième intervention chirurgicale, 20 août 1940.

Marsupialisation transpleuro-diaphragmatique de la poche profonde.

Opérateur : Docteur JOYEUX ; aide : M. NÈGRE.

Anesthésie locale : Incision oblique suivant l'axe costal. Résection de la 11^e côte.

Le cul-de-sac pleural est libre. Le poumon est rétracté, cependant fétidité extrême de la cavité pleurale.

Le diaphragme adhère à la coque du kyste sous-jacent.

Marsupialisation du diaphragme et de la coque du kyste à travers la plèvre à la paroi thoracique et à la brèche pleuro-pariétale.

Ainsi le kyste est exclu de la cavité pleurale. Ce n'est qu'après sa fixation à la paroi thoracique par une couronne de points que le diaphragme et le kyste sont ouverts sur une pince introduite par l'ancienne incision opératoire antérieure. Mise en place dans la poche postérieure d'un drain de DELBET.

Suites opératoires : Disparition de tous les signes de rétention par l'écoulement abondant d'un liquide hydatique louche mélangé à de la bile. Arrêt des phénomènes infectieux tenaces jusqu'à ce jour. Mais *les matières restent décolorées et l'écoulement de bile abondant*, la malade reste adynamique, maigrie, et ne s'alimente pas. On envisage la nécessité d'un drainage opératoire des voies biliaires, hépatiques ou cholédoque, que le mauvais état général de la malade rend chanceux et on décide de tenter le drainage médical par l'injection par le tube d'Einhorn de 30 cm³ de sulfate de magnésie à 33 p. 100, selon le procédé de MELTZER-LYON. Dix séances en quinze jours amenèrent la recoloration des matières, la diminution progressive de l'écoulement de bile par les orifices de drainage, enfin quelques jours plus tard la cicatrisation des plaies. Amélioration rapide de l'état général.

La partie semblait gagnée, quand brutalement la malade succomba en moins de 48 heures à des crises épileptiques subintrantes, suivies de coma et non influencées par un traitement énergique à base de gardénal et de somnifène et même par la ponction lombaire.

CHAPITRE II

NOTIONS GÉNÉRALES SUR L'OUVERTURE DES KYSTES HYDATIQUES DANS LES VOIES BILIAIRES.

a) Historique.

L'ouverture du kyste hydatique du foie dans les voies biliaires est connue depuis 1883. BERTAUD consacra cette année-là à l'étude de cette complication sa thèse inaugurale. Cette étude fut reprise en 1906 à la Société de Chirurgie par QUÉNU et P. DUVAL, en 1914 par LECÈNE et MONDOR, dans un article paru dans le *Journal de Chirurgie*.

Depuis lors de nombreuses publications ont paru à ce sujet. DÉVÉ y a insisté à plusieurs reprises à la Société de Biologie (22 mars 1919, 13 novembre 1920, 2 décembre 1922) ; à l'Académie de Médecine de Paris (11 novembre 1919), dans la thèse de son élève DUPREY (Paris, décembre 1923). Dans un article du *Journal Médical français* (septembre 1924) il met au point l'étiologie et la clinique et dans le *Journal de Chirurgie* (n° 6, décembre 1925) il en étudie le traitement et surtout les indications thérapeutiques. En 1922, LAPOINTE et LECÈNE à la Société de Chirurgie, MATHIEU et VILLARD au Congrès de Chirurgie en 1923, reprennent la discussion du traitement des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires.

Mais les Américains du Sud, dont l'expérience est grande en fait de kyste hydatique, ont également étudié la question. Nous

ne citerons que FINOCHIETTI, en 1922, au Congrès de Médecine de Buenos-Ayres et en 1924 à la Société de Chirurgie de cette même ville ; ALLENK en 1927 dans la *Revue de Médecine argentine*, CIEZA Rodrigues et Rodrigues VILLEGAS dans la *Semana Médica* (20 octobre 1924, 7 mai 1925), Domingo PRAT et PIQUEREZ en 1925 dans les *Annales* de la Faculté de Médecine de Montevideo et Garcia LAGOS dans les mêmes *Annales* de 1925.

Plus récemment, à la Société de Chirurgie de 1928, TANASESCO (séance du 25 avril), LECÈNE (9 mai), BRUN (4 juillet), puis CONSTANTINI dans un article de la *Presse Médicale* (1929) et à la Société de Chirurgie d'Alger (22 novembre 1928) ont à nouveau présenté les observations de kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires.

SABADINI, dans le *Journal de Chirurgie* de 1932 apporte toutes ces notions historiques précédentes et quelques indications thérapeutiques.

b) **Etiologie.**

Fréquence : Cette complication semble actuellement beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait jadis. Pour DÉVÉ, l'évacuation des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires représente un de leur mode d'ouverture le plus commun. Cette éventualité s'observait dans au moins 10 p. 100 des cas d'échinococcose hépatique.

Plus récemment, sur 179 cas opérés à l'hôpital Sadiki de Tunis, BRUN trouve 27 fois une communication entre le kyste et les voies biliaires.

Sexe : Il ne jouerait aucun rôle prédisposant. Sur 240 observations donnant des renseignements sur ce point, DÉVÉ trouve 121 hommes et 119 femmes.

Age : Les recherches du même auteur montrent la rareté de cette ouverture avant 21 ans et sa fréquence relative de 20 à 60 et principalement de 30 à 50 ans. DÉVÉ explique cette particularité dans le fait que ne s'éliminent guère dans les voies biliaires

que les kystes à contenu complexe c'est-à-dire, en règle générale, des kystes déjà âgés ayant été exposés à des vicissitudes pathologiques.

c) Anatomie pathologique.

Jusqu'à ces derniers temps il était admis que la déhiscence biliaire est presque exclusivement l'effet des kystes de la face inférieure du foie et plus spécialement des kystes avoisinant la région hilare. DÉVÉ a montré par l'étude objective des faits que cette opinion était inexacte et a proposé de classer les kystes ouverts dans les voies biliaires en 4 groupes bien distincts au triple point de vue anatomique, clinique et chirurgical.

Groupe A : Kystes profondément logés sous la coupole diaphragmatique droite : 42 p. 100 des cas avec deux types fréquents : le type supéro-externe (19 p. 100) et le type antéro-externe (15 p. 100). Longtemps méconnus, ils sont à peu près inabordables par laparotomie et nécessitent l'opération transpleuro-diaphragmatique.

Groupe B : Kystes saillants à la face antérieure du foie (22 p. 100), aisément reconnus à l'examen clinique, ils sont facilement découverts et traités par une laparotomie.

Groupe C : Kystes siégeant à la face inférieure du foie (25 p. 100). Assez difficiles à reconnaître cliniquement, ils sont relativement faciles à découvrir au cours de la laparotomie.

Groupe D : Kystes occupant la région de l'hiatus de Winslow ou le lobe de Spiegel (11 p. 100). Ils échappent à l'exploration radiologique comme à la palpation et sont malaisés à atteindre par la laparotomie.

Contrairement donc à l'opinion classique, DÉVÉ estime que l'ouverture du kyste dans les voies biliaires atteint surtout les kystes de la face supéro-externe du lobe droit. La rupture se produit dans 90 p. 100 des cas, non pas dans la grande voie extra-hépatique, mais dans les canaux biliaires intra-hépatiques et plus fréquemment sur les conduits droits. L'effraction du

kyste au niveau du confluent hépatique s'observe seulement dans 9 p. 100 des cas.

Pour ce qui est de la largeur de l'orifice de communication, elle va pour DÉVÉ du calibre d'un crayon à la grosseur de l'index.

Volume du kyste : Beaucoup plus souvent volumineux, atteignant généralement le volume d'une tête d'adulte ou d'enfant, il est parfois plus petit (œuf de poule, orange).

Contenu du kyste : Dans 93 p. 100 des cas on a affaire à des kystes à contenu multi-vésiculaire ; 55 fois sur 100 le kyste a été trouvé suppuré, et dans 10 p. 100 des cas il s'agissait d'une suppuration gazeuse ; il est à noter, dit DÉVÉ, que de nombreuses hydatides persistent souvent vivantes, transparentes et fertiles, au milieu du contenu septique et bilieux de ces poches.

Etat des voies biliaires extra-hépatiques : En cas d'obstruction hydatique un peu prolongée, l'ectasie de la voie principale peut devenir énorme, l'hépatocolédoque atteint facilement le volume du pouce même d'une anse intestinale. La vésicule biliaire a été trouvée distendue dans 57 p. 100 des cas. Sensiblement normale dans 35 p. 100 des cas, Petite et rétractée dans 8 p. 100 des cas. Il n'est pas rare, dit DÉVÉ, de rencontrer dans sa cavité des hydatides affaissées ayant refoulé à tergo depuis le carrefour cystique.

Etat des voies biliaires intra-hépatiques : L'ectasie des ramifications biliaires se poursuit parfois jusqu'à la surface du foie où se dessinent des cordons noueux moniliformes, véritables varices biliaires corticales, susceptibles de se rompre dans le péritoine. DÉVÉ ajoute que généralement ces canaux muqueux ectasiés contiennent des débris de membranes ou des hydatides affaissées, voire même des hydatides restées vivantes, l'échinococcose secondaire hépato-biliaire. Le parenchyme hépatique subit également les effets de la stase et de l'hypertension biliaire. Il en résulte une véritable cirrhose biliaire hydatique. L'obstruction biliaire hydatique se complique enfin très souvent plus ou moins tôt ou tard d'angiocholite ascendante suppurée, origine d'abcès biliaire ou de périhépatite suppurée.

d) Etude clinique.

DÉVÉ a établi le trépied symptomatique suivant :

- 1) **la douleur paroxystique,**
- 2) **l'ictère,**
- 3) **l'émission de débris hydatiques** par les selles ou beaucoup plus rarement par les vomissements.

La douleur a son début brusque souvent peu après un repas ou dans la nuit, parfois à l'occasion d'une purgation ou à l'époque des règles chez la femme. Souvent atroce, elle a le caractère de crampes violentes, de torsions, d'écrasement, de déchirement et son siège reste dans la zone hépatocystique mais les irradiations sont épigastriques, scapulaires et dorsales.

Mais, fait important, la douleur présente des recrudescences paroxystiques qui caractérisent la colique hépatique avec ses phénomènes satellites : pâleur, sueur, frissons, vomissements, lipothymie et même syncope. L'accès douloureux cesse presque toujours brusquement au bout d'un quart d'heure, une demi-heure, une heure, ou deux ou cinq ou six et davantage.

Dans d'autres cas, au contraire, la douleur peut affecter une forme discrète, fruste et larvée, hépatalgique ou gastrique.

L'ictère, symptôme habituel mais non constant, peut être léger et éphémère ou n'apparaît que tardivement.

Ordinairement franc avec décoloration plus ou moins complexe des matières fécales, il peut subir des recrudescences ou se répéter plusieurs fois.

L'émission de débris hydatiques par les selles (hydatidentérie) ou par vomissements (hydatidémèse) est généralement précédée des deux symptômes précédents. Ce rejet de débris hydatiques peut être discret et passe souvent et longtemps inaperçu à défaut d'un tamisage méthodique des garde-robes.

La débâcle hydatique cholédoco-vatérienne que décrit DÉVÉ est souvent précédée par une recrudescence des accidents et consiste en une expulsion d'hydatides affaissées et teintées par la bile ou parfois encore intactes et transparentes, au milieu d'une

copieuse selle liquide, franchement bilieuse, plus rarement purulente. De nouvelles garde-robes liquides se répètent le plus souvent coup sur coup. La quantité d'hydatides rejetées par cette sorte de vomique hydatique biliaire peut aller de quelques unités à plusieurs dizaines.

Cette débâcle est immédiatement suivie de la cessation de la douleur hépatique et d'une chute de la fièvre.

En même temps se produit la brusque diminution du volume du foie ou de la tumeur kystique, phénomène appelé par DÉVÉ : « foie accordéon hydatique ». Quelquefois note-t-on le lendemain ou le surlendemain une poussée d'urticaire et dans les cas favorables l'ictère ne tarde pas à disparaître pendant que s'installe une diurèse d'urines claires.

A ce trépied symptomatique il faut encore ajouter la fièvre habituellement paroxystique, à la façon de la fièvre hépatalgique, s'accompagnant alors d'un grand frisson.

L'augmentation de volume de l'appareil hépato-biliaire porte sur l'ensemble du foie gorgé d'une bile sous tension. Elle intéresse souvent aussi la vésicule biliaire qui peut devenir nettement perceptible à la palpation. Enfin la poche kystique elle-même participe souvent au gonflement hépatique.

Evolution : La marche des accidents est assez souvent rapide. Dans 30 p. 100 des cas la mort survient en moins de six semaines après le début des accidents ayant marqué une première élimination biliaire. Souvent aussi l'évolution de l'affection simule l'obstruction calculeuse, chronique du cholédoque avec la même évolution prolongée, entrecoupée de rémission : même fluctuation dans l'intensité de l'ictère, même répétition de crises de coliques hépatiques et même mode de début.

DÉVÉ a montré à la Société de Biologie, le 6 novembre 1920, la réalité d'une élimination prolongée des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires.

e) Diagnostic.

Pratiquement, on peut admettre avec BRUN les 3 possibilités suivantes :

a) Dans certains cas, rien n'indique que le kyste s'est rompu dans les voies biliaires. Le foie est gros, volumineux, et il n'y a d'autres signes qu'un léger subictère et quelques douleurs. A l'intervention on trouve le kyste rempli d'un liquide bilieux et il est quelquefois possible de retrouver le pertuis qui fait communiquer sa cavité avec un conduit biliaire. Il n'y a pas d'obstacles à l'écoulement de la bile.

b) Ailleurs, le malade présente le tableau d'une cholécystite aiguë. L'évacuation du contenu du kyste dans les voies biliaires se traduit par une série de crises douloureuses qui ont toutes le caractère des coliques hépatiques. Des vomissements, des frissons, une température irrégulière et intermittente, l'apparition d'un ictère léger ou plus foncé complète le tableau clinique.

Le diagnostic est possible si le kyste hydatique a été antérieurement diagnostiqué. Sans cela, il est d'une extrême difficulté, la débâcle hydatique biliaire de DÉVÉ vient seule enlever tous les doutes.

c) Dernière éventualité : le malade présente un ictère par rétention en tous points semblable à celui que l'on observe au cours de l'obstruction calculeuse du cholédoque. Le diagnostic est d'autant plus difficile que dans les deux cas l'ictère a souvent été précédé par des douleurs à type de colique hépatique. Aussi s'est-on efforcé de trouver le symptôme propre à l'obstruction hydatique de la grande voie biliaire.

— Recherche dans les selles ou les vomissements de vésicules filles par le tamisage macroscopique et sans préjudice d'un examen microscopique complémentaire.

— L'éosinophilie sanguine. SABRAZES a insisté sur la valeur qu'il faut accorder pour ce diagnostic, à ce symptôme important au cours de l'ictère par obstruction échinococcique des voies biliaires. L'éosinophilie sanguine ne se retrouve jamais au cours des affections lithiasiques ou cancéreuses. Elle atteint son maximum au moment de l'ouverture du kyste et disparaît au moment de sa mort.

— La radiographie, si souvent utilisée aujourd'hui pour le diagnostic de la lithiase biliaire, révèle de temps à autre, au lieu d'une image calculeuse dans la région vésiculaire, une vous-

sure inattendue de la coupole diaphragmatique droite et une ombre hépatique circulaire, parfois sertie, dit DÉVÉ, par un liseré opaque d'encroûtement calcaire.

— Enfin, lorsque en présence des crises de coliques hépatiques à répétition, on songera à la possibilité des kystes hydatiques en cours d'évacuation biliaire. Les épreuves de laboratoires, la recherche des réactions biologiques, de l'échinococcose apporteront, dit encore DÉVÉ, un élément de quasi-certitude.

En dehors de l'éosinophilie sanguine précédemment signalée, la réaction de fixation du complément d'IMAC APPHATIE et LORENTZ-WEINBERG et PARVU, l'intradermoréaction de CASONI et la sous-cuti-réaction de FONTANO permettent généralement de préciser le diagnostic.

* * *

Mais le diagnostic doit être poussé très loin, il doit aller à la recherche de *toute complication possible*. L'analyse impartiale des faits a permis à DÉVÉ d'établir qu'en réalité la débâcle hydatique biliaire peut être libératrice et suivie de guérison définitive dans une proportion minime de 24 p. 100 des cas seulement.

L'évacuation des kystes du foie dans les voies biliaires fait courir de très gros risques aux malades et les expose à des complications souvent mortelles : ictère grave, angiocholite ascendante, suppuration du kyste, péritonite suppurée, cholé-péritoine, par rupture secondaire de la poche ou d'un conduit biliaire ectasié, pyléphlébite, etc...

Trois complications sont surtout fréquentes :

- l'angiocholite suppurée accompagnée ou non de cholécystites ;
- l'ouverture secondaire du kyste originel dans l'appareil pleuro-pulmonaire. DÉVÉ l'a relevé dans 18 p. 100 des cas ;
- la suppuration secondaire du kyste originel, celle-ci prend assez souvent un caractère putride et aboutit dans plus de 10 p. 100 des cas au type clinique du pyopneumokyste hépatique spontané.

C'est pourquoi devant de telles complications, seule une intervention chirurgicale précoce aura chance de mettre le malade

à l'abri de telles éventualités en assurant avant tout la rapide désobstruction et le drainage de la voie biliaire principale et, si possible, l'ouverture et l'évacuation du kyste originel.

f) Traitement.

Nous avons dit plus haut que malgré le grand nombre de publications, l'opinion n'est pas encore nettement établie quant au traitement des kystes ouverts dans les voies biliaires.

L'accord cependant est réalisé sur les grandes indications thérapeutiques qui se posent en face de telles éventualités ; DÉVÉ les a résumées dans un de ses articles :

a) En principe, l'élimination hydatique biliaire commande l'intervention chirurgicale. « Ce serait, a-t-il dit, une grave imprudence que de s'en remettre en pareille occurrence, aux efforts de la nature médiatrice. » Toutefois, une exception à cette règle nous a paru rester réservée pour les cas d'ailleurs exceptionnels où la membrane mère d'un kyste univésiculaire a été intégralement éliminée par les voies naturelles.

b) L'intervention devra être aussi précoce que possible.

c) Enfin, l'intervention s'efforcera d'être aussi complète que possible.

DÉVÉ pense également qu'en principe l'opérateur doit s'attacher à réaliser un triple but :

1^o Ouverture des obstructions vers le haut et vers le bas et drainage externe de la voie biliaire principale.

2^o Vérification du contenu de la vésicule biliaire.

3^o Ouverture directe et évacuation intégrale du kyste hépatique originel.

Mais pour atteindre ces buts deux groupes s'affrontent : les chirurgiens français avec QUÉNU, DUVAL, LÉCÈNE, préconisent le drainage de la voie biliaire principale par laquelle l'évacuation du kyste se poursuit, mais dans certains cas, la membrane hydatique se referme et le kyste continue son accroissement ; ou bien le kyste ouvert guérit complètement, mais un autre kyste insoupçonné produit de nouveaux accidents.

Les chirurgiens sud-américains, d'un autre côté, se bornent à marsupialiser, disant que le drainage de l'arbre biliaire à travers la marsupialisation du kyste est pour le moins aussi rapide, aussi abondant et aussi efficace que celui d'une cholécotomie ; il est arrivé plusieurs fois cependant que le drainage direct des voies biliaires se soit montré insuffisant et qu'il ait fallu réintervenir plus tard parce que le cholédoque restait obstrué par une hydatide ou que le malade ait succombé par angiocholite aiguë.

Donc, deux règles de conduite contradictoires : **cholédotomie primordiale** est le plus souvent suffisante ; **kystostomie primordiale**, toujours ou à peu près toujours suffisante (1). STERN et FOURCHE, dans leur traité de tactique opératoire des voies biliaires, soulignent que le plus souvent ces malades sont des infectés peu résistants et que par conséquent il y a grand intérêt à réduire chez eux les manœuvres opératoires au minimum nécessaire. Remplir les deux indications du drainage de l'hépatocolédoque et dans le même temps de la marsupialisation du kyste ne peut donc être réalisé chez de tels sujets. LÉCÈNE a bien montré combien ces opérations complexes ne sont pas de mise et combien il faut agir rapidement.

Pour la même raison, ainsi que le recommande DÉVÉ, il sera bon de réduire au minimum les interventions combinées portant sur la vésicule biliaire ; la cholécystite hydatique ne nécessite nullement une cholécystectomie ou une cholécystostomie ; elle disparaît d'elle-même à partir du moment où le kyste a été évacué et où la rétention cholécocienne a cessé. Tout au plus pourra-t-on par une simple cholécystostomie s'assurer du contenu vésiculaire (pus, hydatides, calculs). Il n'y aura que l'ouverture éventuelle d'un kyste dans la vésicule qui pourrait justifier la cholécystectomie ou la cholécystostomie.

Nous résumerons ici les indications opératoires proposées par STERN et FOURCHE dans leur traité de tactique opératoire des voies biliaires.

(1) DÉVÉ, *Journal de Chirurgie*, t. XXVI, 6 déc. 1925, pp. 593-605.

Ces indications doivent être séparées en deux groupes suivant que les voies biliaires sont libres ou obstruées au moment où le malade est soumis au chirurgien.

1^o *Les voies biliaires sont libres.* Après une période plus ou moins longue de rétention biliaire, une débâcle hydatique cholédoco-vatérienne, s'est produite avec hydatidentérie reconnue.

a) Si la poche kystique est impossible à repérer cliniquement, l'abstention opératoire s'impose.

b) Le siège du kyste est reconnu : il faut en principe opérer le malade, car, en cas de poches multivésiculaires, c'est-à-dire dans 93 p. 100 des cas, le malade reste encore sous la menace de migrations vésiculaires ultérieures (Dévè).

L'opération de choix sera l'ouverture et l'évacuation complète du kyste hydatique après avoir injecté dans sa cavité une solution formolée.

2^o *Les voies biliaires sont obstruées.*

a) *Le diagnostic n'est pas fait*, même après l'ouverture de l'abdomen : le cholédoque est dilaté, parfois énorme, à la palpation aucun calcul ; l'inspection et la palpation des régions accessibles du foie ne révèlent aucune tuméfaction kystique évidente. Quelle que soit la cause de la rétention on doit désobstruer et drainer la voie biliaire principale. Ce drainage doit être complété par l'aspiration à l'aide d'une seringue et par des lavages destinés à mobiliser le bouchon hydatique. Le but principal du drainage est de remédier aux accidents d'angiocholite qui accompagnent presque constamment la rétention biliaire par obstruction hydatique.

Fait important à signaler, le drainage permettra souvent l'évacuation complète des hydatides. On est quelquefois surpris de la taille des éléments parasitaires qui sortent par l'incision de la voie principale, ainsi d'ailleurs que par l'ampoule de VATER : c'est que les membranes hydatiques constituent « une masse molle, lisse, glissante élastique, capable de s'étirer ; chassée par l'hypertension en amont, cette masse épouse la forme du canal muqueux et le dilate régulièrement ». C'est ce qui explique comment une membrane mère tout entière a pu s'évacuer quelquefois par suite d'un drainage prolongé.

b) *Le diagnostic est fait.*

1) Le kyste est impossible à localiser, il faut désobstruer les voies principales et les drainer.

2) Le kyste est repéré :

α) Il est d'accès facile. L'état général n'est pas inquiétant, il n'y a pas d'angiocholite grave. L'attente de quelques jours avant l'opération est autorisée dans l'espoir d'une désobstruction spontanée. Si celle-ci ne se produit pas, que l'état général soit grave ou qu'il y ait angiocholite évidente, il faut marsupialiser le kyste, mais se tenir prêt à intervenir si le drainage biliaire transkystique se montre insuffisant.

β) Le kyste est d'accès difficile, nécessitant pour l'aborder des manœuvres laborieuses ou une opération complexe. La désobstruction et le drainage du cholédoque suivant la méthode française s'imposent. Le traitement du kyste lui-même sera remis à une séance ultérieure s'il ne s'évacue pas complètement par le drainage.

CHAPITRE III

CONSIDÉRATIONS

A PROPOS DE L'OBSERVATION CLINIQUE.

L'observation clinique, objet de notre travail, est intéressante de nombreux côtés.

1^o Point de vue anatomo-pathologique : conformément aux données de DÉVÉ, le kyste de notre malade avait pour siège la convexité supéro-externe du lobe droit ; par son énorme volume et sa biloculation, il avait une évolution thoracique et abdominale. D'autre part, le siège de la rupture dans les voies biliaires était au-dessus du canal cystique puisque la vésicule restait vide et rétractée. L'ouverture des kystes s'est faite sur les canaux biliaires intra-hépatiques ou sur le canal hépatique. L'hypertension biliaire chez notre malade n'était pas telle qu'elle détermine la formation de véritables varices biliaires à la surface du foie, celui-ci était normal, macroscopiquement et simplement refoulé par le volume du kyste.

2^o Point de vue clinique : Notre malade, qui avait depuis longtemps déjà lors de son hospitalisation son kyste hydatique, n'avait eu jusqu'à ce jour aucune manifestation clinique. L'évolution avait été silencieuse malgré l'importance du volume du kyste. Brutalement celui-ci s'accompagna de crises douloureuses fébriles avec ictère par rétention et très gros foie.

Deux gros signes viennent apporter la certitude du diagnostic d'hydatidémie et l'hydatidémie.

Cette débâcle hydatique biliaire entraîne la brusque diminution du volume du foie ou de la tumeur kystique, phénomène signalé par DÉVÉ, nous l'avons vu, sous le nom de « *foie accordéon hydatique* ».

De la négativité des réactions de CASONI et de WEINBERG fallait-il en inférer avant la constatation dans les selles et dans les vomissements de vésicules hydatiques qu'il ne s'agissait pas de kyste hydatique ? Non, l'importance de l'éosinophilie (13 p. 100), signe dont la valeur fut soulignée par SABRAZES, venait précisément nous confirmer la possibilité d'échinococcose et plus encore la rupture du kyste dans les voies biliaires. Cette éosinophilie sanguine persistante même après suppuration du kyste et qui ne se voit pas dans la lithiase biliaire, garde une valeur presque pathognomonique pour préciser la nature hydatique de l'obstruction des voies biliaires avec ictère par rétention.

« Foie accordéon hydatique, éosinophilie sanguine, hydatidémie et hydatidémèse », tels sont les 4 signes qui furent à la base du diagnostic.

3^o Point de vue thérapeutique : Nous l'avons vu, deux tendances chirurgicales se posent : drainage des voies biliaires principales, ou marsupialisation du kyste ! Comment expliquer la conduite qui a été suivie chez notre malade : Le volume de la masse kystique, son siège et les accidents infectieux conduisirent logiquement à la marsupialisation antérieure par voie trans-péritonéale.

Mais devant la persistance des accidents infectieux, la rétention purulente dans la poche profonde sous-diaphragmatique nécessita un drainage postérieur transpleuro-diaphragmatique qui fut réalisé dans de très bonnes conditions techniques, et, soulignons-le, sans aucune réaction pleurale ultérieure.

Les phénomènes infectieux, dès lors, disparurent, mais la cachexie, l'inappétence, l'adynamie, l'amaigrissement de la malade restaient extrêmes. L'écoulement de la bile toujours important associé à la persistance de la décoloration des matières, signifiait l'obstruction de la voie biliaire principale, et rendait nécessaire le rétablissement du cours de la bile vers l'intestin.

Le double drainage opératoire antérieur et postérieur trans-

péritonéal et transpleuro-diaphragmatique n'avait donc pas désobstrué les voies biliaires principales. La nécessité de réaliser cette désobstruction s'imposait et devenait chaque jour plus urgente.

Fallait-il se lancer dans la cholédocotomie préconisée comme opération primordiale par les chirurgiens français ? La gravité de l'état général de la malade rendait pourtant aléatoire toute nouvelle intervention chirurgicale.

Il fut donc décidé de chercher le même résultat en appliquant à notre malade la méthode simple et bénigne du drainage médical, type MELTZER-LYON. Les résultats dépassèrent toute attente puisque dès la première tentative très progressivement (10 tubages échelonnés sur 15 jours) l'écoulement s'est tari, les matières fécales retrouvèrent leur coloration normale, la reprise de l'état général fut assurée et rapide. En même temps, les plaies cicatrisèrent progressivement et rapidement.

* * *

Nous voulons enfin terminer ces considérations sur l'observation rapportée en discutant très succinctement d'ailleurs deux points particuliers :

1) *La cachexie extrême de notre malade* (adynamie, inappétence absolue, maigreur squelettique) fut mise pendant un certain temps sur le compte de la rétention purulente dans la poche profonde postérieure sous-diaphragmatique.

Le drainage de cette poche entraîne la disparition de tous les phénomènes infectieux, mais ne fut pas suivie de redressement de l'état général. L'écoulement persistant de bile par la fistule postérieure entretenait cette cachexie ; la déperdition totale de la bile était bien la cause essentielle de cette cachexie, comme le prouva peu après l'effet du rétablissement de son cours normal.

2) *La cause de la mort de notre malade.*

Ce dernier point reste obscur. Comment expliquer ces crises convulsives généralisées, subintrantes, apparues subitement et ayant entraîné en moins de 48 heures la mort dans le coma ; tableau clinique analogue à celui d'une embolie ou d'une hémorragie cérébrale ?

MM. MASSABUAU et JOYEUX, dans leur communication à la section de Chirurgie de la Société des Sciences médicales de Montpellier, ont formulé l'hypothèse de la migration embolique de scolex dans le cerveau. Malheureusement il a été matériellement impossible d'en faire la vérification nécroscopique. Mais elle apparaît plausible quand ils considèrent les résultats expérimentaux obtenus par DÉVÉ : métastase cérébrale d'un kyste hydatique du cœur.

CONCLUSIONS

L'observation rapportée en tête de ce travail vient confirmer les nombreuses données classiques, formulées la plupart par Dévé, sur l'ouverture des kystes hydatiques dans les voies biliaires.

1° Les kystes hydatiques ouverts dans les voies biliaires ont le plus souvent pour siège la convexité supéro-externe du lobe droit. Le siège de la rupture est situé sur les canaux biliaires intra-hépatiques.

2° Le diagnostic de rupture du kyste dans les canaux biliaires est assuré par l'un des signes fondamentaux, parfois réunis en une véritable triade symptomatique :

l'hyd atidentérie,

l'hydatidémèse,

l'éosinophilie sanguine toujours importante.

3° La conduite à tenir est fonction du cas devant lequel le chirurgien se trouve. Notre observation vient confirmer le point de vue suivant :

a) KYSTES VOLUMINEUX PARFAITEMENT ACCESSIBLES : La kystostomie ou marsupialisation du kyste s'impose. Elle peut suffire à amener la guérison.

b) KYSTES IMPERCEPTIBLES CLINIQUEMENT : Avant de se lancer dans une cholédocotomie de drainage il faut essayer le drainage médical des voies biliaires, par tubage duodénal et épreuve de Meltzer-Lyon. Ce drainage médical pourra également compléter avantageusement l'opération de simple drainage de la poche kystique.

BIBLIOGRAPHIE

- BRAINE. — Kyste hydatique profond juxta-hilaire du foie ouvert dans les voies biliaires, cholédocotomie et drainage du cholédoque suivis de drainage transhépatique du kyste. Guérison. Troubles circulatoires des membres inférieurs, ayant nécessité antérieurement une amputation de cuisse et paraissant dus à une compression de gros vaisseaux par le kyste. (*Bulletin et Mémoire de la Société française nationale de Chirurgie*, n° 23, 7 juillet 1934.)
- BRESSOT. — 3 cas de kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. (*Bulletin et Mémoire de la Société nationale de Chirurgie*, n° 1^{er} janvier 1936.)
- BRUN. — De la communication des kystes hydatiques avec les voies biliaires. Leur fréquence, leur traitement d'après 179 observations des kystes hydatiques opérés à l'hôpital Sadiki. (*Société de Chirurgie*, 4 juillet 1928.)
- CATTALORDA et ARNAUD (Louis). — Deux observations de kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. (*Société de Médecine et d'Hygiène coloniale de Marseille*, 15 juillet 1928.)
- CATTAN. — Kyste hydatique du foie. (*Encyclopédie médico-chirurgicale (Foie)*, 1937.)
- CONSTANTINI. — Deux cas de kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. (*Société de Chirurgie d'Alger*, 13 déc. 1927.)
- CONSTANTINI, VERGEZ et CORTEZ. — Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. (*Société de Chirurgie d'Alger*, juin 1295.)
- DAYOT. — A propos d'un cas de kyste hydatique rompu dans les voies biliaires. (*Thèse Montpellier*, 1928.)
- DÉVÉ. — L'envahissement échinococcique rétrograde dans l'obstruction hydatique des voies biliaires. (*Journal de Chirurgie*, t. XIV, p. 322.)
— État de la vésicule dans l'obstruction hydatique des voies biliaires. (*Journal de Chirurgie*, t. XV, p. 670.)

- Siège de l'orifice de communication des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. (*Journal de Chirurgie*, t. XVII, p. 388.)
- La débâcle hydatique cholédocovatérianne. (*Journal de Chirurgie*, t. XVII, p. 389.)
- Traitement des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. (*Journal de Chirurgie*, t. XXVI, p. 593.)
- LECÈNE. — A propos du traitement des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. (*Société de Chirurgie*, mai 1928.)
- LECÈNE et MONDOR. — L'intervention chirurgicale dans les kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. (*Journal de Chirurgie*, t. XII, p. 689.)
- LECÔNTE, LEVEUF, MÉNEGAUX et MONOD. — L'hydatide incluse dans la voie biliaire principale ; perforation du canal hépatique droit. Cholépéritone. (*Journal de Chirurgie*, t. XXIII, p. 555.)
- MASSABUAU et JOYEUX. — Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires ; marsupialisation transpéritonéale et transpleuro-diaphragmatique. Désobstruction des voies biliaires par drainage médical. (*Société des Sciences médicales de Montpellier, section Chirurgie*, 24 janvier 1941.)
- MELNIKOFF (A.W.). — Sur la chirurgie des kystes hydatiques. (*Journal de Chirurgie*, février 1936.)
- SABADINI. — Rupture des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires. (*Journal de Chirurgie*, t. XL, p. 659.)
- SABRAZES. — Remarques sur les kystes hydatiques qui s'ouvrent par les voies biliaires. Valeur de l'éosinophilie. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 13 juin 1926, n° 24.)
- STERN et FOURCHE. — Tactique opératoire des voies biliaires.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
--------------------	---

CHAPITRE PREMIER

Observation du service de M. le Professeur Massabuau ...	II
--	----

CHAPITRE II

Notions générales sur l'ouverture des kystes hydatiques dans les voies biliaires	16
a) Historique	16
b) Etiologie	17
c) Anatomie pathologique	18
d) Etude clinique	20
e) Diagnostic	21
f) Traitement	24

CHAPITRE III

Considérations à propos de l'observation clinique	28
Conclusions	32
Bibliographie	33

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de censeur de
tour j'ai lu la Thèse ayant pour
titre :

*Contribution à l'étude des Kys-
tes hydatiques du foie ouverts
dans les voies biliaires,*

par Eugène VISNIKS.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 30 Avril 1941.

Le Professeur,
MASSABUAU.

Vu :

Montpellier, le 3 Mai 1941.

Le Doyen,
EUZIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 3 Mai 1941.

Le Recteur,
SARAIL.

